



Ave. Ponce 463, Pda. 35 Hato Rey - P O Box 364508 San Juan, PR 00936-4508

SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE AHORROS Y DIVIDENDOS

OFICINA DE SERVICIOS AL EMPLEADO
FEB 01 2011

ORIGINAL - ASOCIACION
COPIA - ASOCIADO

PARTE I A SER LLENADA POR EL SOCIO

1. Nombre y Apellidos EDUARDO SANCHEZ GRACIA		Núm. Empleado	Núm. Seg. Social 2410
2. Dirección Residencial CARR. 753 Km 4.0 BO. PITAHAYA-ARROYO, PR 00714		Teléfono 787-839-8479	
3. Dirección Postal HC-1 BOX 5807 -ARROYO, PR		Código Postal 00714	
4. Indique la agencia anterior donde trabajó		Fechas	
Agencia	Puesto - Ofic. Neg. o División	Comenzó Trabajar	Terminó
a) DEPARTAMENTO EDUCACION	SUPERVISOR DISTRITO COMEDORES ESCOLARES	16-08-79	31-01-2011
5. Fecha de Efectividad de la Renuncia 31-01-2011		6. Tiene AEELA Mastercard Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Indique Fecha (s) de Licencia (s) sin Sueldo no		7. Nombre y dirección del pariente más cercano que no viva con usted KARLA SANCHEZ PLANADEBALL-CARR. 753 BO. PITAHAYA ARROYO	

SOLICITO la liquidación de mis ahorros y dividendos acumulados en esa, Asociación hasta la fecha de mi separación del servicio público. CERTIFICO que la información aquí ofrecida es correcta:

Eduardo Sanchez Gracia **21-01-2011**
*Firma del Solicitante Fecha Firma del Testigo

NOTA: Debe acompañarla con las siguientes certificaciones de deuda:

- * Administración para el Sustento de Menores (ASUME) (90 días)
- * Administración de los Sistemas de Retiro de Empleados del Gobierno y la Judicatura - Certificación del Préstamo Personal y de Viaje Cultural. (no aplica a socios que se acojan a los beneficios de jubilación)

* Para uso exclusivo de casos en que los socios no sepan firmar

PARTE II PARA SER LLENADA POR EL RECLAMANTE DE UN SOCIO FALLECIDO SI ES CÓNYUGE VIUDO (A)

Si es cónyuge viudo favor de indicar la forma en que se constituyó el matrimonio con el socio fallecido:

- ☐ Bajo el régimen de Sociedad Legal de Gananciales. ☐ Bajo Capitulaciones Matrimoniales

PARTE III A SER LLENADA POR LA AGENCIA

Nombre del Asociado		Seguro Social	
Agencia		Hasta	
Fecha (s) de Licencias sin Sueldo Desde: (sea Específico)	1. _____	Hasta	
	2. _____	Hasta	
	3. _____	Hasta	
Fecha de Efectividad de la Renuncia		Razón de Cese	
Sistema de Retiro al cual pertenece			

SI VA A COMENZAR A TRABAJAR EN OTRA AGENCIA FAVOR INDICAR:

- a) ¿Cuál? _____ b) Fecha _____

LOS SIGUIENTES DESCUENTOS DE SU SUELDO MENSUAL FUERON REALIZADOS PARA LA ASOCIACIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES (3) MESES DE TRABAJO.

MES	AHORROS	SEGURO	PRÉSTAMO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CANTIDAD ACREDITADA A LA DEUDA DE SUMA GLOBAL DE VACACIONES* \$ _____

*NETO ENVIADO A LA ASOCIACIÓN PARA ACREDITAR A LA (S) DEUDA (S).

(Firme en forma legible)

Certifico que he verificado toda la información ofrecida anteriormente y que es completamente correcta:

Preparado por _____ Teléfono Funcionario Autorizado (Indicar Ext.) _____
Nómina Núm. _____ Dir. de Recursos Humanos o su Representante Autorizado (Use letra de molde)
Fecha _____ Fecha de Certificación _____ Firma _____

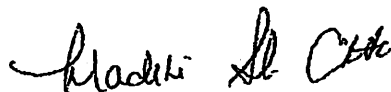
CERTIFICACION

Certificamos que EDUARDO SANCHEZ GRACIA, disfruta beneficios de RETIRO INCENTIVADO LEY 70 de este Sistema de Retiro. La misma fue efectiva el 01 de febrero de 2011. En la actualidad recibe una anualidad ascendente a \$21,807.12 pagadera en mensualidades de \$1,817.26.

Además, recibe un bono de verano de \$100.00, un bono de medicamentos de \$100.00 y un aguinaldo de navidad de \$600.00.

Esta certificación se expide hoy 06 de marzo de 2012, en San Juan, Puerto Rico.

Certifico correcto,



Madeline Solis Calixto
Oficial Gerencial
División de Asuntos de Pensionados

RVELE01

